Nr 28. Kraków, 14. lipca 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi; kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LVI. Kraków, 14. lipca 1917. Nr 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala Polskich Legionów w Lublinie.

Pomoc chirurgiczna na tyłach armii.

Napisał

Dr Gustaw Zaremba,

lekarz-kapitan Polskich Legionów [1]).

Do opracowania niniejszego referatu służył mi przedewszystkiem mój materyał rannych ze szpitala Legionów w Lublinie z ostatnich jedenastu miesięcy, a nadto zaczerpnięte już więcej z pamięci wspomnienia i doświadczenia moje, nabyte w czasie działalności mojej chirurgicznej od początku wojny w szpitalu fortecznym Nr 1 w Krakowie.

Interesują nas właściwie tylko rany postrzałowe i wywołane wybuchami granatów, te bowiem stanowią główny kontyngent rannych, odsyłanych z frontu na tyły; natomiast rany, wywołane białą bronią, pałaszem lub bagnetem, dochodzą do nas w bardzo małej liczbie, a w dalszem leczeniu przedstawiają dla chirurga tylko w wyjątkowych razach większe zainteresowanie w razie przecięcia nerwów, ścięgien, naczyń i t. d. O tychże więc nie mam zamiaru dalej mówić.

Zupełnie inaczej ma się sprawa z ranami postrzałowemi. Jak wiadomo, bywają one wywołane albo przez kule karabinowe, szrapnelowe, lub przez odłamki wybuchających granatów lub min. Rana, wywołana kulą karabinową lub szrapnelową, przy najlżejszej formie, o ile pociski przechodzą przez ciało gładko, i o ile w ranie nie rozwinęło się zakażenie, nie wymagają od chirurga zbyt natężającej pracy. Przy zachowaniu zwykłych ostrożności aseptyki lub antyseptyki ludzie ci w stosunkowo bardzo krótkim czasie opuszczają szpital jako wyleczeni i wracają znowu na front. Tego rodzaju ran z kul karabinowych o kanale gładkim w czasie obecnej wojny widujemy stosunkowo mało na tyłach. Częściej my, chirurdzy na tyłach armii, otrzymujemy także od kul karabinowych ciężko rannych, z rozerwaniem części miękkich i ze złamaniami kości. Jest to zapewne wynikiem sposobu prowadzenia walki tegoczesnej na stosunkowo bardzo małą odległość. Rowy strzeleckie stron walczących dzieli od siebie wązka przestrzeń, wskutek tego też zarówno kule karabinowe, jak i wielka ilość większych odłamków granatów trafia żołnierzy na blizki bardzo dystans, powodując temsamem siłą swego uderzenia i siły rozpędowej bez porównania cięższe zranienia, niż z większej odległości. Działanie przeto i kul karabinowych na blizką odległość jest podobne, jak przy eksplozyi, t. j. szarpiące i gruchocące części miękkie i kości. Nieraz widuje się dłuższe i większe odcinki kości, nieraz i całe stawy, uległe rozpryśnięciu i pogruchotaniu na mniej lub więcej drobne części. Odłamkom zaś kostnym przy rozpryskiwaniu się udziela się również siła rozpędowa i one, wyrwane ze swego związku, wbijają się w części miękkie, rozrywają napotkane po drodze nerwy, mięśnie, ścięgna, naczynia. U naszych żołnierzy, przychodzących z tego rodzaju ciężkiemi ranami z powodu zwykłych kul karabinowych, wystrzelonych na małą odległość, przyjęło się mniemanie, że zostali trafieni tak zwanemi ekrazytówkami lub kulami dum-dum. To przypuszczenie trzeba brać bardzo ostrożnie; dowód w danym razie przeprowadzić, czy rzeczywiście była użyta kula dum-dum, lub ekrazytówka, jest bardzo trudno, a możliwe jedynie przy zastosowaniu promieni Röntgena.

Między tymi obrazami zranień, od najlżejszych aż do co dopiero przedstawionego bardzo ciężkiego, są najróżnorodniejsze inne. To samo da się powiedzieć i o ranach z powodu kul szrapnelowych i wywołanych przez odłamki wybuchających granatów. Wielkość i objętość rany zależy od wielkości uderzającego odłamka i od jego siły rozpędowej. Różnorodność urazu rozpoczyna się tu od lekkiej kontuzyi bez rozerwania części miękkich, a kończy się na rozdarciu i roszarpaniu całego osobnika w strzępy.

Dalszy los rany, a temsamem rannego, odesłanego z frontu na tyły, jest w pierwszym rzędzie zależny od nasilenia zakażenia, którego zarodek zawierają niemal wszystkie rany postrzałowe bez wyjątku. Pewnik ten został stwierdzony podczas obecnie toczącej się wojny, gdyż jeszcze z początkiem wojny uważaliśmy za wskaźnik zasadniczy naszej działalności chirurgicznej, iż mniej więcej przeważną część zranień postrzałowych w chwili udzielenia pierwszej pomocy chirurgicznej należało uważać za będące w stanie jeszcze jałowym, wolne od drobnoustrojów chorobotwórczych. Zapatrywanie to początkowe okazało się jednakowoż błędnem i musiało uledz zasadniczej zmianie i zupełnemu przewrotowi, gdyż niemal wszystkie rany postrzałowe bez wyjątku, nawet te o kanale gładkim, okazały się już pierwotnie zakażonemi, jak to wykazały niezbicie badania bakteryologiczne, przeprowadzone przez Läwena i Hessego (Münch. med. Woch. 1916 str. 688) na zupełnie świeżych ranach z kul karabinowych, szrapnelowych i odłamków w ciągu pierwszych dwóch godzin po zranieniu. Wskutek tych doniosłych badań należy uważać dalsze losy ran postrzałowych, jako uzależnione od ilości i rodzaju zarazków, które się do nich w chwili zranienia dostały, a nadto od odporności, jaką ustrój, względnie sama rana rozporządza w tym czasie. Drobnoustroje te dostają się w ten sposób do każdej rany, iż pocisk, (który sam przez się zresztą wskutek swego rozgrzania może być rzeczywiście jałowym), przy przedziurawieniu ubrania i skóry, które na swej powierzchni mieszczą różne drobnoustroje, porywa je razem i wtłacza do rany. Inne zaś, jak odłamki granatów, które uderzają najpierw w ziemię lub części budowlane okopów lub murów, porywają części ich i wtłaczają je do rany wraz

[1]) Wygłoszone, jako referat, na pierwszym Zjeździe poświęconym medycynie wojskowej polskiej w Warszawie 2. II. 1917.

z oderwanemi częściami ubrania i w nich zawartymi drobnoustrojami. Wówczas wielkość samego pocisku, dalej rozmiar wlotu rany, jakość zanieczyszczenia znajdującego się na samym odłamku pocisku, będą miarodajne dla ilości i jakości drobnoustrojów, które zdołały przytem wtargnąć w głąb rany. Za czynnik usposabiający do zakażenia pierwotnego rany należy uważać także i tę okoliczność, że długie przebywanie żołnierzy w okopach wywołuje niezwykłe zanieczyszczenie ich ciała i ubrania, a pocisk cząstki tych zanieczyszczeń zabiera razem ze sobą do wnętrza rany.

Przeciwko temu pierwotnemu zakażeniu niemal każdej rany postrzałowej występuje do boju w pierwszym rzędzie naturalna odporność ustroju, a przedewszystkiem odporność tkanek, dokoła samej rany się znajdujących. Rodzaj i wielkość, istota samej rany stanowi później o tem, czy ustrój zdoła pierwotne zakażenie pokonać lub czy zakażenie zacznie się dalej rozwijać wśród tkanek wskutek rozmnażania się zagnieżdżonych tamże droboustrojów.

Gdy w ranach zwyczajnych o gładkich ścianach kanału postrzałowego od kuli karabinowej są tkanki mało co nadwerężone i wskutek tego są zdolne do zmobilizowania pełni swych sił żywotnych i obronnych przeciwko dalszemu szerzeniu się zakażenia i to pierwotne zakażenie niemal w zarodku zduszają, a gojenie następuje bez wyraźniejszego odczynu zapalnej, zbliżone do gojenia doraźnego, to tkanki uszkodzone w swej żywotności, przez większe lub mniejsze poszarpanie i porozrywanie tracą znacznie lub nawet zupełnie swą wrodzoną odporność pokonywania zakażenia. Owszem takie rany poszarpane stanowią doskonałą pożywkę dla rozmnażania się drobnoustrojów, dla przenoszenia się zakażenia w głąb tkanek i stają się powodem ciężkiego nieraz zakażenia nietylko miejscowego rany i otoczenia jej, ale wiodą nieraz do zakażenia całego ustroju. Uszkodzone w swej żywotności tkanki, poczęści obumierające miejscowo i ulegające zgorzeli, zmniejszają odporność rany, ponieważ właśnie te materye uodporniające są związane jedynie z żywą komórką. W ranie zaś o powierzchni zmiażdżonej, jakie spotykamy tak często w ciągu obecnie toczącej się wojny, w czasie której walka artyleryi z jej ciężkimi pociskami zadaje najcięższe zranienia, istnieją nieraz bardzo znaczne przestrzenie tkanki martwej, która stanowi jak najpodatniejszy grunt do rozmnażania się drobnoustrojów, zwłaszcza zaś w czasie ruchu i wstrząśnień transportowych, podczas których drobnoustroje mają jeszcze lepsze warunki do przedostawania się w przestrzenie i szpary międzymięśniowe. Nie należy zatem zapominać, iż nieuniknione wstrząśnienia w czasie transportu rannego, poruszanie się odłamków kostnych przy niedostatecznem unieruchomieniu ich przed transportem, wywołują tem znaczniejsze obumieranie tkanek, zwiększają krwawienie, a przez to tworzą się znowu jaknajdogodniejsze warunki do dalszego rozmnażania się drobnoustrojów, dla rannego zaś maleją korzystne warunki odporności, tak niezbędnej dla ustroju celem zwalczania zakażenia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Przyczynek do etyologii i leczenia włóknikowego zapalenia oskrzeli.

Podał

Dr Józef Żychoń.

(Dokończenie).

Po kilku tygodniach takiej obserwacyi widocznem było dla mnie, że leczenie klimatyczne żadnego dodatniego wpływu na stan chorego nie wywrze, przeciwnie myślałem ciągle o wyprawieniu go gdzieś ku południowi, gdzie więcej słońca i ciepła, a równocześnie zdawałem sobie coraz jaśniej sprawę, że i tam, jak i tutaj, prawdziwie lepiej choremu nie będzie. Wiedziałem, że mam przypadek zapalenia włóknikowego oskrzeli, ale obserwacya chorego przekonała mnie, że jest to typowa choroba zakaźna.

Przypuszczenie, wyrażone przez ordynujących lekarzy jeszcze przed rokiem, że tłem wszystkich tych dolegliwości jest zapewne jakiś pasorzyt, krążący we krwi, wydało mi się bardzo trafnem, a ponieważ wiedziałem z wywiadów, że Dr Karwacki znalazł wówczas we krwi chorego jakiegoś ropotwórczego pasorzyta, zwróciłem się do niego listownie po informacyę. Dr Karwacki odpisał mi, że z krwi badanej otrzymał kolonię »ziarników«. Rosły one na agarze w postaci delikatnego białego nalotu, na bulionie tworzyły często łańcuszki. Uderzającym był ich ruch, odmienny od zwykłego drobinowego. Za pomocą barwienia wykrył u nich jedną rzęskę. Hodowla była delikatna i po tygodniu nie dała się przeszczepić. Badania całkowitego co do stosunku do różnych gleb, oraz chorobotwórczości — nie dało się przeprowadzić. Drugi posiew krwi robiony był w 7—8 tygodni po pierwszym. Pożywka pozostała jałowa. Dr Karwacki określił tego pasorzyta, jako gronkowca, a raczej jakąś jego odmianę, wyróżniającą się przedewszystkiem ruchem od zwykłego. Równocześnie, wspólnie z Dr Korzonem, przeprowadziliśmy badanie krwi w sanatoryum Dr Dłuskiego i wyhodowaliśmy gronkowca białego o cechach prawie identycznych z cechami ziarenkowca, wyhodowanego przez Dr Karwackiego. Był on dosyć duży, ułożony w gromadki po 6—8, budowy łańcuszkowej; rzadko trafiały się także łańcuszki proste. Ruchu nie spostrzegaliśmy.

Z literatury obcej, tyczącej się tej choroby, niewiele się dowiedziałem, ale w opisie Sokołowskiego [4]) uderzyło mnie, że i on jakby się skłaniał do uznania tej choroby za sprawę »ropniczą«, zakaźną, że i on w swoich wszystkich przypadkach znajdował w odlewach włóknikowych gronkowce, a dwa razy wyhodował je z plwociny chorych. Jeżeli zatem Claise na zasadzie przypadku przewlekłego włóknikowego zapalenia oskrzeli z wyników hodowli i szczepień wyprowadza wniosek, że czynnikiem chorobotwórczym jest tylko paciorkowiec, samą zaś sprawę nazywa nawet »streptococcie chronique des voies respiratoires« [5]), to ja, na podstawie obserwacyi i zbadania możliwie wszechstronnego mego chorego, nazwałbym ją śmiało »staphylococcie«. Paciorkowiec, jak zresztą i w innych sprawach ropnych, nie przez niego wywoływanych, jest domieszką w tej chorobie tylko uboczną, wywołującą zakażenie mieszane.

I jeszcze jedno. Sokołowski, omawiając etyologię tej choroby, wyraża przypuszczenie, że źródłem zakażenia w jednym z jego przypadków była pracownia anatomiczna, w której chory jego, lekarz, wiele czasu przepędzał; wspomina dalej o przypadkach Pichiniego, tyczących się 3 robotników, »którzy pracując na polu, świeżo irrygowanem odchodami ludzkimi, zapadli jednocześnie na ostre zapalenie krupowe oskrzeli«. W moim przypadku mogło być powodem zakażenia ciągłe manipulowanie chorego około wypadającej odbytnicy. Prawdopodobną jest rzeczą, że wszystkie te przypadki wywołał gronkowiec, pochodzący z kału ludzkiego.

Wiadomo, że są pewne, »łagodne« odmiany gronkowca, żyjące na skórze i błonach śluzowych człowieka; druga grupa gronkowców chorobotwórczych (staphylococcus pyogenes albus, aureus, citreus) wywołuje u ludzi rozmaite ropne zmiany chorobowe, jak ropowice, ropnie, zanokcice, posocznicę, ropnicę. Często też dołącza się on do innych chorób, wywołując wtórne, mieszane zakażenie, jak n. p. w gruźlicy, błonicy, zapaleniu płuc, a zatem w tych chorobach, w których spostrzegano też niejednokrotnie wtórne zapalenie włóknikowe oskrzeli. Wiadomo też, że gronkowce »łagodne« różnią się od chorobotwórczych bra-

---

4) l. c.
5) l. c.

kiem aglutynacyi i brakiem wytwarzania hemolizyny i leukocydyny.

Co się tyczy zapalenia włóknikowego oskrzeli, to prawdopodobnie wywołuje je jakaś, może dotąd bliżej nieokreślona odmiana gronkowca chorobotwórczego, gdyż, jak wyżej wspomniałem, gronkowiec w moim przypadku wykazywał przy pierwszem badaniu pewne różnice, czy pewne cechy odmienne (ruch). Może też gronkowiec z grupy »łagodnych«, dostawszy się do ust człowieka i przeszedłszy cały jego przewód pokarmowy, zmienia pewne swe cechy i nabiera jadowitości. Tak, czy owak, on to wywołuje zapalenie włóknikowe oskrzeli. Zapewne potrzeba do rozwinięcia się choroby jeszcze tak zwanego »usposobienia«, to jest sumy tych bliżej nam jeszcze nie znanych warunków, które, według zdania Virchowa, są oddziaływaniem pewnych narządów i tkanek na pasorzyty i ich wytwory, t. j. toksyny. W ten sposób możnaby też wytłómaczyć, o czem już na wstępie wspomniałem, powstawanie zapalenia włóknikowego oskrzeli, zstępującego przy błonicy i wstępującego przy ostrem krupowem zapaleniu płuc: gronkowiec, towarzyszący prawie stale tym sprawom chorobowym, to znaczy prątkowi błoniczemu i dwoince zapalenia płuc, nabiera przy pewnem »usposobieniu« chorego jadowitości i wywołuje swoisty obraz zapalenia włóknikowego oskrzeli.

Ale znajdowano też w plwocinie chorych na dychawicę małe odlewy włóknikowe oskrzeli i przeciwnie w plwocinie chorych na zapalenie włóknikowe oskrzeli znajdowano typowe rzekomo składniki plwociny astmatycznej, t. j. włókna spiralne Curschmanna i kryształy Charcot-Leydena. Zachodzi zatem pewne powinowactwo między temi dwiema chorobami. Pierwszy zwrócił na to uwagę, zdaje się, Fraenkel, a Sokołowski już w r. 1895, w pracy »O samoistnem zapaleniu włóknikowem oskrzeli«[6]), wyraził pogląd, »iż obie te sprawy z punktu widzenia ogólnopatologicznego mają pewne pokrewieństwo«.

Te włókna spiralne obserwowałem i w moim przypadku i przypuszczam, że są one odlewami najdrobniejszych oskrzelików. Przemawiałaby za tem i ich budowa, gdyż wiadomo, że włókna te są wewnątrz drożne, jakby cieniuchne rurki.

Pytanie zatem, czy panujące i obowiązujące do dnia dzisiejszego określenie Brisseaud'a dychawicy oskrzelowej, jako »nerwicy o napadach duszności skurczowej, z często jej towarzyszącemi zaburzeniami naczyniowydzielniczemi błony śluzowej dróg oddechowych«, — nie powinno uledz rewizyi i czy także tutaj jakaś odmiana gronkowca, przy pewnem usposobieniu chorego, nie odgrywa roli.

Ustaliwszy, że mamy do czynienia z ogólnem zakażeniem gronkowcem, postanowiłem, po naradzie z Dr Korzonem, zastosować surowicę przeciwgronkowcową, t. j. antytoksynę przeciwko leukocydynie, czyli truciźnie, wytwarzanej przez chorobotwórczego gronkowca, a wywołującej pęcznienie i rozpad leukocytów.

Ponieważ surowicy tej w Zakładzie krakowskim nie dostałem, zwróciłem się do laboratoryum bakteryologicznego Ruette et Enoch w Hamburgu. Zarząd tego laboratoryum nadesłał mi kilka 5-gramowych flaszeczek, ręczył piśmiennie, że wstrzyknięcie tego środka żadnej szkody choremu przynieść nie może, dodał jednakże, że surowicy tej dotąd u ludzi nie stosowano. Wobec tej uwagi zasięgnąłem jeszcze rady ś. p. doc. Dr Droby i za jego zgodą rozpocząłem leczenie.

5. października wykonałem pierwsze wstrzyknięcie. Po 26 godzinach stwierdziliśmy, że ciepłota nie zmieniła się, a bóle w rękach, na które chory skarżył się w ostatnich czasach, wybitnie się wzmogły; duszność natomiast była stanowczo mniejsza i wyraźnie mniejsza była niemiarowość tętna; było ono też liczniejsze, bo naliczyliśmy 66 uderzeń na minutę.

Po drugiem wstrzyknięciu, wykonanem 7. października, ciepłota ciała obniżyła się o kilka dziesiątych, a tętno, ciągle mniej niemiarowe, dochodziło 66—72 uderzeń na minutę; wystąpił natomiast bolesny obrzęk stawu nadgarstkowego prawego. Chory zaznaczał, że ma duszność mniejszą.

[6]) Gazeta lekarska 1895.

Stan ten zachęcił mnie do dalszych wstrzykiwań.

Już po 5. wstrzyknięciu ciepłota ciała zeszła niżej 37°, tętno straciło niemiarowość i doszło 72—84 uderzeń na minutę. Duszność i kaszel były z dniem każdym mniejsze, a przy badaniu stwierdziłem zmniejszoną ilość rzężeń, furczeń i świstów. Chory odpluwał łatwiej. Widoczne dawniej w plwocinie grudki i nitki znikły.

Jeszcze tylko dwa razy 26/7. października i 5/6. listopada wrócił silniejszy kaszel wśród objawów duszności, a po tym drugim ataku znaleźliśmy w plwocinie po raz ostatni kilka bardzo małych włóknikowych odlewów. Rozbiór ich nic szczególnego nie wykazał: nie było włókien spiralnych, gronkowców było nie wiele.

Wstrzyknięć zrobiłem razem dziewięć, a co do ich częstości, to powodowałem się tylko wynikiem badania. Gdy zauważyłem jakby cofanie się osiągniętej poprawy, robiłem zaraz zastrzyknięcie dalsze. Wystąpiły jednak i przykre przypadłości. Po 5. wstrzyknięciu zmniejszać się zaczęła ilość moczu, a nawet wystąpiły obrzęki nóg. Białko w bardzo nieznacznej ilości znalazłem tylko raz — po 6. wstrzyknięciu — przy bardzo zmniejszonej ilości moczu, 500 gr. na dobę. Po wstrzyknięciu 7, przy stosowaniu odpowiedniej dyety i podaniu środków moczopędnych, ilość moczu wyraźnie się zwiększyła (1000—1350 gr. na dobę), obrzęki ustąpiły, a chory czuł się o tyle dobrze, że wstawał, wyjeżdżał i wychodził na przechadzkę.

1. listopada wieczorem podskoczyła nagle ciepłota do 37·4 i równocześnie spostrzegłem silną wybroczynę na prawej gałce ocznej. W dalszym ciągu chory duszności nie miewał, kaszlał mało, tętno równe wykazywało stale 72—84 uderzeń na minutę. Oddech był równy, głębszy. Objawy nieżytowe prawie znikły. Ta poprawa utrzymywała się stale i chory, lepiej wyglądający i silniejszy znacznie, wyjechał w pierwszej połowie grudnia do domu.

To leczenie surowicą przekonało mnie, że gronkowiec tracił z dniem każdym na jadowitości i cały szereg objawów, przez jego toksyny (leukocydyny) wywołanych, ustępował pod działaniem wstrzykiwanej antytoksyny. Wynik poparł moje przypuszczenie, że toksyny gronkowca były powodem zmian w płucach, a zresztą i całego obrazu chorobowego. Toksyny te, wywoławszy swoiste zapalenie włóknikowe oskrzeli, działały następnie na mięsień sercowy, a zmiany, stwierdzone w sercu, były objawami zboczenia czynnościowego i odnosiły się z pewnością nietylko do mięśnia sercowego, ale do całego narządu naczynioruchowego. Zgadza się to zupełnie z wynikami badań Becka, Słapy i Raczyńskiego, przeprowadzonych w pracowni kliniki prof. Gluzińskiego we Lwowie. Zresztą sam prof. Gluziński, wstrzykując zwierzętom toksyny gronkowca, wywoływał u nich ostre zmiany w mięśniu sercowym.

Co do zmniejszenia się ilości moczu, wystąpienia obrzęków nóg i śladów białka w moczu, to objawy te odnieść należy do wprowadzenia do ustroju ludzkiego obcej surowicy w tak znacznej ilości. Wstrzyknąłem choremu w przeciągu miesiąca 45 gramów surowicy i być może, że te wstrzykiwania robiłem za często. Przypuszczam, że we wcześniejszym okresie choroby wystarczyłaby znacznie mniejsza ilość surowicy i nie byłoby tych powikłań.

Wreszcie akt ostatni. Co się stało z chorym, na jak długo to »wyleczenie« mu starczyło?

W pół roku potem miałem sposobność badać go raz jeszcze w Warszawie. Leżał w łóżku z powodu zatrucia ołowiem, któremu uległa cała rodzina wskutek pobielanych naczyń kuchennych cyną, ołów zawierającą. Wszyscy przeszli ostry nieżyt żołądka i jelit i po kilku dniach wyzdrowieli; wyniszczony długą i ciężką chorobą ustrój mego chorego nie miał już sił tej choroby przezwyciężyć. W płucach żadnego pogorszenia nie znalazłem, stwierdziłem natomiast objawy niedomogi serca. Tętno, drobne i słabe, nie wykazywało niemiarowości.

Dowiedziałem się, że w ciągu tych kilku miesięcy od powrotu z Zakopanego czuł się chory na ogół nieźle, nie gorączkował, kaszlał mało, nie miewał duszności i pracował.

Dalszych badań plwociny, której zresztą chory odpluwał bardzo niewiele i to rzadko, nie robiono, ani krwi nie badano.

W kilka tygodni potem umarł z powodu ogólnego wyczerpania.

Dla ścisłości wspominam o tem zejściu, chociaż śmierć stała tu tylko w pośrednim związku z dawną chorobą, to znaczy z zakażeniem gronkowcem. To zaś zakażenie trwało lat siedem, nic dziwnego więc, że ustrój wyczerpało.

Trudno zapewne wyciągać jakieś pewne wnioski na podstawie jednego przypadku, ale, jeśli z takimi chorymi spotykamy się tak rzadko, to jeden starczyć musi za dziesiątki.

Wynik leczenia był bez wątpienia dodatni. W każdym zatem przypadku przewlekłego i ciężkiego schorzenia oskrzelowego o przebiegu niewyraźnym, w każdym przypadku uporczywej dychawicy oskrzelowej, nie mówiąc już o typowych przypadkach zapalenia włóknikowego oskrzeli, należy badać nietylko plwocinę, ale i krew bakteryologicznie.

W razie stwierdzenia obecności gronkowca nie wahałbym się użyć surowicy.

Oceny i sprawozdania.

Projekt prawa o zdrowiu publicznem w Polsce. Wydawnictwo Warszawskiego Towarzystwa higienicznego. Warszawa 1917, stron 59, z przedmową Dr J. Polaka.

Rada Towarzystwa higienicznego warszawskiego uchwaliła w r. 1916 opracować projekt ustaw zdrowotnych polskich. Doniosły ten zamiar wykonano w ten sposób, że podzieliwszy treść projektu na 12 rozdziałów, każdy z nich oddano do opracowania osobnej komisyi na zasadzie przygotowanych referatów, z których po jednym przygotowali Dr Malinowski, pp. Duda, Koskowski i Dr Jaworski, dwa Dr Dąbrowski wspólnie z Dr Polakiem, wszystkie zaś inne Dr Polak. Z komisyi, opracowujących projekt, najliczniejszą była komisya, która, również na zasadzie referatu Dr Polaka, opracowała rozdział I: »Ustrój i władze zdrowia publicznego«; komisya ta składała się z delegatów: Towarzystwa lekarskiego, Stowarzyszenia lekarzy, Towarzystwa medycyny społecznej, Towarzystwa higienicznego, z udziałem wybitnych prawników; projekt tej komisyi rozpatrywano także na większych zebraniach Towarzystwa higienicznego i w Komitecie Zrzeszeń prawniczych; jednem słowem ten właśnie dział był widocznie najwięcej roztrząsany. Jestto ten sam dział, którego zasadami zajmowała się niedawno ankieta Wydziałów, Izb i Towarzystw lekarskich galicyjskich. Dział to fundamentalny; dobre rozwiązanie spraw, nim objętych, jest niesłychanie ważne, popełnione tu błędy zaciążyłyby bardzo, wypaczając sam początek samodzielnej pracy naszej na tem polu.

Rozbiór tego najważniejszego rozdziału wymagałby obszernej rozprawy. Tu ograniczyć się musimy tylko do wskazania różnic między zasadami projektu warszawskiego, a uchwałami ankiety galicyjskiej. I tak atrybucye i stanowisko naczelnej władzy sanitarnej ujmuje projekt warszawski ciaśniej, poddając ją ministerstwu spraw wewnętrznych, jak to było dotąd w Niemczech, w Austryi i t. d., natomiast ankieta galicyjska mówi o władzy znacznie samodzielniejszej, podobnej do odrębnego zupełnie ministerstwa. Również znacznie szerszy zakres działania wyznacza tej naczelnej władzy ankieta galicyjska, niż projekt warszawski, który w tym względzie nie wykracza niemal poza dotychczasowy szablon środkowoeuropejski. Ale najważniejszą różnicę stanowi to, że ankieta galicyjska zmierza do jednolitej organizacyi sanitarnej, natomiast projekt warszawski wprowadza bardzo wybitny dualizm, tworząc organa sanitarne samorządowe obok państwowych, tak dalece niezależne, że »lekarze sanitarni w wykonywaniu czynności powyższych« (t. j. swych zadań sanitarnych) »nie podlegają władzy państwowej, zależąc wyłącznie od władz samorządowych, które jedynie w całości swojej, jako zbiorowa jednostka prawna, podlegają nadzorowi sanitarnej władzy państwowej« (artykuł 44. rozdziału I. projektu). Dodawszy do tego, że lekarze ci (samorządowi) działać mają według instrukcyi, opracowanych przez swą władzę samorządową (art. 43), i że mają uczestniczyć w posiedzeniach tejże władzy samorządowej z głosem stanowczym (art. 45), stwierdza się, że w tym punkcie projekt warszawski niewiele się różni od projektu, pierwotnie opracowanego przez Dr Polaka (a niedawno ogłoszonego w »Zdrowiu«). Ten zaś pierwotny projekt Dr Polaka nasuwał wiele wątpliwości; doświadczenia praktyczne, zebrane w Galicyi przez lat czterdzieści, doprowadziły do odmiennych wniosków. — Ankieta galicyjska żąda wreszcie dla urzędów sanitarnych więcej samodzielności w stosunku do władz administracyjnych (politycznych), niż projekt warszawski, przyznaje urzędom sanitarnym większą egzekutywę i podaje w tym celu rozleglejsze środki.

Tytuły dalszych 11 rozdziałów objaśniają ich treść: 1) O zaopatrzeniu gmin w wodę, oraz o ochronie czystości powietrza, wody i gleby. 2) O zwalczaniu chorób zakaźnych (ten rozdział jest bardzo podobny do najnowszej ustawy niemieckiej i austryackiej). 3) O szczepieniu ospy ochronnej. 4) O urządzeniu cmentarzy, grzebaniu i regestracyi zmarłych i o krematoryach. 5) O zwalczaniu chorób wenerycznych. 6) O produktach spożywczych i przedmiotach użytku domowego. 7) O osobach zajmujących się praktyką leczniczą i pielęgniarstwem. 8) O aptekach i drogueryach. 9) O zakładach leczniczych. 10) O miejscowościach leczniczych (zdrojowiskach i uzdrowiskach). 11) Przepisy ogólne.

»Projekt prawa o zdrowiu publicznem w Polsce« obejmuje więc liczne i rozległe działy ustawodawstwa sanitarnego i jest dziełem bardzo poważnem. Opracowaniem tak poważnego projektu ustawodawczego mogą się twórcy jego tem bardziej pochlubić, że pracowali tak energicznie, iż nie dali się wyprzedzić żadnemu innemu projektowi. Miało to jednak i swoje strony ujemne. Naprzód tę, że nie zdążono widać ująć w jeden systematyczny całokształt wszystkich zadań ustawodawczych, toteż i projekt nie jest w istocie p e ł n e m, j e d n o l i t e m »p r a w e m o zdrowiu publicznem«, lecz raczej tylko z b i o r e m poszczególnych p r z e p i s ó w, n i e z u p e ł n y m, a nieraz kładącym w jednym rzędzie sprawy wagi rozmaitej. Pod tym względem ogólny kierunek i redakcya nie są bez zarzutu. Powtóre, ujemną stroną projektu jest brak zupełny objaśnień i motywów. Wreszcie, projekt nie jest wolny od pewnych niejasności i sprzeczności; w tym względzie mimo wszystko wydaje się on niezupełnie jeszcze wykończony.

Gdyby projekt był wcześniej drukiem ogłoszony, zanim przedstawiono go Zjazdowi higienicznemu i przez to nadano niejako sankcyę sprawie, to publiczna dyskusya nad projektem nie byłaby bez pożytku.

Polszczyzna »Projektu prawa« nie jest zadowalniająca*); redagując projekt ustawy dla Polski, godziło się przecie temu zapobiedz. C.

Medycyna społeczna. Prace Polskiego Towarzystwa medycyny społecznej. Tom I, rok 1916. Wydany z zapomogi Kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1917, stron 171.

Wydany właśnie pierwszy tom »Medycyny społecznej« jest właściwie sprawozdaniem z działalności Towarzystwa medycyny społecznej, zawierającem dosłowne brzmienie 10 memoryałów, które Towarzystwo przesłało do Rady Stanu, Rady miejskiej i Magistratu m. Warszawy, jakoteż następujących 9 opracowań. 1) Chodźko: Sprawy sanitarne w budżecie m. Warszawy na rok 1916. 2) Kramsztyk Zygmunt: Upaństwowienie lekarzy. 3) Radziwiłłowicz: Potrzeby psychiatryczne Warszawy. 4) Stankiewicz: W sprawie dostarczania surowicy przeciwbłoniczej ubogiej ludności Warszawy. 5) Tarczyński: Badanie środków spożywczych u nas i zagranicą. 6) Sterling Seweryn: Plan organizacyi medycyny publicznej. 7) Szmurło: W sprawie reorganizacyi ambulatoryów. 8) Szokalski: Sprawa pomocy ambulatoryjnej ubogiej ludności. 9) Wernic: Zarys walki z chorobami wenerycznemi i nierządem w czasach ubiegłych i dzisiaj. Na tych opracowaniach opiera się kilka z wniesionych memoryałów; inne dotyczą opieki nad dziećmi i młodzieżą, sprawy mieszkań i złączenia urzędu szpitalnego z sanitarnym w jeden urząd zdrowia publicznego. Większość memoryałów odnosi się tylko do Warszawy, kilka jednak dotyczy spraw, ważnych dla całego kraju. Z opracowań podaje referat Dr Chodźki dokładny obraz działalności sanitarnej w Warszawie w r. 1916, oświetlając go krytycznie; bardzo cenny materyał stanowią załączniki, zawierające zestawienia rachunkowe i niektóre rozporządzenia. Bardzo ciekawy jest pomysł »upaństwowienia« lekarzy, rozwinięty przez Dr Kramsztyka. Dr Radziwiłłowicz określa postulaty, któreby należało wypełnić w Warszawie w zakresie opieki nad umysłowo chorymi; należy tu wydanie tymczasowych przepisów prawnych, lustracya zakładów miejskich i usunięcie ich braków, zorgani-

*) Jeden przykład: »Nieotrzymanie wszakże awizacyi nie może służyć powodem do uniewinnienia w wypadkach pogwałcenia art. 131 niniejszych przepisów« (str. 26).

zowanie podstaw opieki rodzinnej i domowej, szkoła pielęgnowania chorych, stworzenie kilku zakładów specyalnych o ogólnej liczbie 2100 łóżek. Dr R. Stankiewicz uzasadnia konieczność bezpłatnego wydawania surowicy przeciwbłoniczej ubogim i oblicza koszta, Dr Szmurło i Szokalski rozpatrują sprawę ambulatoryów dla ubogich. Zasadnicze znaczenie ma referat Dr S. Sterlinga z krytycznemi uwagami o projekcie Dr J. Polaka (i to szczególnie o tych jego punktach, które z niewielką zmianą weszły do »Projektu prawa o zdrowiu publicznem«, omówionego powyżej). W pracy Dr Wernica część historyczna wydaje się dodatkiem niekoniecznym; program praktyczny odpowiada postulatom, podnoszonym dziś w całej Europie. r.

Dr Adolf Klęsk: **Chirurgia nerwów obwodowych.** Kraków. Stron 109. Nakładem autora.

Bogate obecnie doświadczenie chirurgów dozwala na tworzenie monografii schorzeń pojedynczych narządów, opartych na setkach przypadków. Do tego rzędu należy też »Chirurgia nerwów obwodowych« Dr Klęska. Autor opierając się na swym materyale z głównego szpitala rezerwowego c. k. szkoły inwalidów w Krakowie (504 przypadki uszkodzeń nerwów obwodowych) omawia po wstępie historycznym w części ogólnej objawy i wskazania do operacyi na nerwach, poczem w części szczegółowej rozpatruje uszkodzenia poszczególnych nerwów, jakoteż najnowszą technikę operacyi nerwów obwodowych. Zakończenie stanowi statystyka, jakoteż wyniki operacyjne. Wobec licznych obecnie podobnych uszkodzeń, monografia Dr Klęska jest pracą na czasie. K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

Ogólne zebranie 28 lutego 1914.

Obecnych członków 16, gości 2.

1) Przed porządkiem dziennym kol. Kellerworm przedstawia dwoje dzieci, pierwsze pięcioletnie **z obrzękiem śluzowatym**, drugie 7-letnie z **mongołowatością.**

2) Kol. Raszkes pokazuje **rentgenogram** klatki piersiowej z przypadku **położenia serca po prawej stronie**.

3) Przewodniczącym Zebrania wybrany został kol. H. Fidler, który odczytuje nadeszłą w ciągu bieżącego miesiąca korespondencyę, mianowicie list ze Lwowa z propozycyą, by odwołać II. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego w czerwcu b. r. w Lublinie ze względu na Zjazd internistów i higienistów we Lwowie w lipcu b. r.

W dyskusyi kol. Pełczyński zaznacza, że konieczne jest utrzymanie obydwóch Zjazdów, jak lubelskiego, tak zarówno i lwowskich, ponieważ absolutnie sobie przeszkadzać nie będą; zresztą ciekawsze odczyty mogą być z pożytkiem dla nauki polskiej wygłoszone na obydwóch Zjazdach. Z drugiej zaś strony trzeba pamiętać, że otrzymanie pozwolenia na Zjazdy wogóle w naszych stosunkach nie należy do łatwych, a można go przy różnych zmianach i wcale nie otrzymać. Zdanie kol. P. podzielają obecni na zebraniu i postanawiają w tym sensie odpowiedzieć interesowanym.

4) Kol. Neumann Radower został jednogłośnie wybrany członkiem rzeczywistym Towarzystwa.

5) Kol. Kellerworm wygłasza wykład: **Przypadek śluzoobrzęku czyli kretynizmu sporadycznego, oraz przypadek mongołowatości.**

Dnia 28. II przedstawiłem na posiedzeniu Towarzystwa 2 przypadki: jeden z rozpoznaniem śluzoobrzęku dziedzicznego, drugi mongołowatości. Pierwszy przypadek dotyczy pięcioletniej dziewczynki, która pochodzi ze zdrowych rodziców i jest pierwszem i jedynem ich dzieckiem. Dziecko bardzo małego wzrostu — 85 ctm., (prawidłowo według Quetela wzrost wynosić powinien 101 ctm.). Głowa wielkości prawidłowej, duże ciemiączko nie zarośnięte; twarz lekko nabrzmiała w okolicy oczów, wyraz głupkowaty, szpary oczu wązkie, oczy nieco skośne, wyraźna zmarszczka nakątna (epicantus), przestrzeń międzyoczna szeroka, cera blada, nos siodełkowaty, szeroki, nozdrza rozszerzone, usta szerokie, język duży, przerosły, często trzymany na zewnątrz, owłosienie głowy dobre, zęby małe, wszystkie spróchniałe. Skóra sucha, ciastowata, miejscami obrzmiała, przy nacisku nie wytwarza się zagłębienie. Ciepłota 36·8°, tętno 90, słabo napełnione. Ogólne odżywienie mierne. W płucach zmian niema, tony serca głuche i przyspieszone, brzuch wzdęty, przepuklina pępkowa wielkości orzecha włoskiego. Dziecko cierpi na uporczywe zaparcie stolca. Samo bez pomocy nie może stać, ani chodzić. Nasady kości długich na kończynach zgrubiałe, jak przy krzywicy, stawy biodrowe bardzo giętkie, tak że można bez trudu przegiąć stopy aż do głowy, odruchy kolanowe i Achillesowe wzmożone, objaw Babińskiego ujemny. Dziecko oddaje mocz pod siebie; mowa nie rozwinięta, słuch dobry, lubi słuchać śpiewu i samo śpiewa. Na zasadzie tego zespołu objawów rozpoznaję »myxoedema infantum seu cretinismus sporadicus«, wykluczając zwyczajny ciężki idyotyzm, krzywicę, karłowatość i mongołowatość. Te wszystkie choroby omówiłem i oświetliłem na posiedzeniu z punktu widzenia klinicznego i anatomo-patologicznego. Oświetliłem pochodzenie śluzoobrzęku jako skutek hypofunkcyi, t. j. upośledzonej czynności gruczołu tarczowego. Dalej omówiłem, jakie wogóle są skutki braku gruczołów tarczowych dla ustroju; należy tu znaczne upośledzenie życia duchowego, zmniejszenie przemiany materyi, różnego rodzaju troficzne uszkodzenia skóry, kości i wybitna niedokrwistość z charakterystyczną mononukleozą. Omówiłem również leczenie tego cierpienia. Leczenie polega na podawaniu tyreoidyny w tabletkach lub tyreoid-elixiru małym dzieciom.

Drugi przypadek dotyczy siedmioletniej dziewczynki. Odżywienie dobre, usposobienie bardzo wesołe, dziecko wciąż uśmiechnięte; twarz głupkowata, przestrzeń międzyoczna szeroka; wyraźny zez rozbieżny, zmarszczka nakątna (epicantus); usta szerokie. Dziecko chodzi samo dopiero od 2 lat, mówi bardzo niewyraźnie, słuch ma dobry, muzykalny, lubi śpiewać; odruchy ścięgnowe prawidłowe, wybitna giętkość stawów; wzrost 109 ctm, prawie odpowiada prawidłowemu. Tutaj rozpoznaję mongołowatość na podstawie wyrazu twarzy. W leczeniu tej postaci chorobowej odgrywa również poważną rolę wyciąg z gruczołu tarczowego, lecz nie daje tak wybitnych wyników, jak przy śluzoobrzęku (streszczenie prelegenta).

W dyskusyi a) kol. Cung zaznacza, że mamy tu czysty przypadek krzywicy w połączeniu z głupowatością (imbecillitas) i nic dziwnego, że tyreoidyna wcale tutaj nie pomogła. Brak ciastowatości, głuchoniemoty, wskazują, że to nie jest przypadek śluzoobrzęku lub kretynizmu. — b) Kol. Kelles-Krauz podnosi, że dzieci, dotknięte obrzękiem śluzowatym, nie koniecznie muszą być głuchonieme. — c) Kol. Pieszkow również zaznacza, że dzieci takie zwykle są tępe, ale nigdy głuchonieme. — d) Kol. Fidler uznaje wraz zkol. prelegentem przypadek ten za przypadek kretynizmu sporadycznego.

6) Kol. Cung wygłasza odczyt: **Położenie chorego jako czynnik rozpoznawczy i leczniczy.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi nad odczytem brali udział kol. Pełczyński, Kelles-Krauz, Kołodner, Raszkes, Marx, Kossak i Fidler.

Nadzwyczajne Ogólne Zebranie 15 marca 1914.

Obecnych członków 22, gości 3.

1) Kol. Prezes Towarzystwa wita kolegów-gości z Warszawy Klejna i Skłodowskiego i z Radomia A. Mulierównę, poczem proponuje na przewodniczącego Zebrania kol. Skłodowskiego, co zebrani przyjmują przez aklamacyę.

2) Kol. Klejn przedstawia dwoje chorych, mianowicie mężczyznę ze znacznem obrzmieniem śledziony oraz powiększeniem migdałków oraz kobietę z powiększeniem śledziony po porażeniu połowiczem, które przeszła przed kilku laty, z odczynem Wassermanna ujemnym; kilka poronień, wybitnej niedokrwistości niema, żadnych krwotoków ani z kiszki stolcowej, ani z żołądka nie było.

3) Kol. Stanisław Klejn wygłasza odczyt: **O białaczce prawdziwej i wrzekomej.**

Nazwa »białaczka« jest anachronizmem i nie powinna być używana. Tak samo nic nie usprawiedliwia nazwy białaczki wrzekomej, zamiast której można zawsze podać dokładne rozpoznanie anatomiczne lub etyologiczne. Tak samo nie powinno się mówić o białaczce śledzionowej, gruczołowej, szpikowej, gdyż zmiany w tych narządach są niestałe. (Demonstracya przypadku). Stałe są zmiany mikroskopowe w tem cierpieniu, które zajmują nietylko narządy krwiotwórcze, ale cały układ naczyń chłonnych, a nawet tkanki łącznej. Mamy poza tem cierpienie jednego całego systemu (Systemkrankheit). Zmiany mogą być dwojakiego rodzaju: »lymphadenosis« — bujanie limfocytów i »myelosis« — bujanie komórek szpiku, młodych bezziarnistych i co-

kolwiek starszych ziarnistych — myelocytów. Zmiany te mogą występować w postaci hyperplastycznej (najczęściej), albo też w postaci agresywnej mięsakowatej (sarcoid).

W tej drugiej postaci zmiany w limfadenozie dają często obraz cierpień, które dotychczas nazywaliśmy mięsakiem limfatycznym (lymphosarcoma), a który należy do grupy limfadenozy. Co do przebiegu klinicznego bywają w obu postaciach przypadki przebiegające ostro, ostrawo lub przewlekle.

Wytwory chorobowe mogą przedstawiać się dwojako: twory bezbarwne (najczęściej) lub barwy zielonej (chloroma), ta druga postać ma najczęściej charakter agresywny. Pod względem hematologicznym rozróżniamy przypadki, przebiegające ze znacznem zwiększeniem limfocytów (lymphoadenosis et myelosis leucaemica), z małem zwiększeniem (subleucaemica) i bez zwiększenia liczby leukocytów (aleucaemica). We wszystkich przypadkach przeważają najczęściej leukocyty niedojrzałe, które w przypadkach ostrych prawie wyłącznie występują. Pod tym względem rozróżniamy postacie, przebiegające z przewagą komórek macierzystych, a więc myeloza z myeloblastami i limfadenoza z dużymi limfocytami. Klejn spostrzegał jeszcze jedną nową, nieznaną postać myelozy białaczkowej z przewagą komórek jeszcze mniej dojrzałych, niż myeloblasty. Komórki te (myelogonie) są macierzą wszystkich komórek szpiku, białaczka z takiemi komórkami będzie białaczką myelogoniczną. Przebiega ona nadzwyczaj ostro i rzadko się zdarza.

Przypadki przewlekłe myelozy i limfadenozy przebiegają z dużą liczbą komórek bardziej dojrzałych: w myelozie myelocytów i wielojądrzastych komórek, a w limfadenozie limfocytów małych.

Istnieje jeszcze jedna postać chorobowa, należąca do tej grupy, a mianowicie t. zw. granulomatosis, w której zmiany główne dotyczą podłoża łącznotkankowego narządów krwiotwórczych i wogóle wszelkich narządów, natomiast poprzednio wymienione postacie zajmują głównie miąższ. W granulomatozie mamy bujanie komórek tkanki łącznej o charakterze zapalnym, rozwija się typowa tkanka ziarninowa (granulacyjna).

Obie postacie: śródmiąższowa i miąższowa mogą się kombinować i dawać wszelkie typy wyżej wymienione w zależności od przebiegu, charakteru anatomicznego zmian, składu i t. d. W każdym razie granulomatoza znacznie się wyodrębnia z grupy limfadenozy i myelozy, jest to choroba bardzo często pochodzenia zakaźnego.

Klejn podaje charakterystyczne cechy tego cierpienia oraz opisuje obraz kliniczny t. zw. chloroma następnie poświęca kilka słów t. zw. chorobie Bantiego i niedokrwistości śledzionowej (anaemia splenica) (z demonstracyą przypadku), którą uważa za pierwszy okres, w której marskość wątroby może wcale nie wystąpić. Wreszcie wskazuje na przypadki limfadenozy i myelozy białaczkowej, w których przebiegu nietylko liczba leukocytów może chwilowo być prawidłowa, ale i stosunek procentowy rozmaitych postaci leukocytów niczem nie różni się od stanu prawidłowego. Fakt ten wskazuje, że »białaczka« jest tylko objawem i to często niestałym choroby, który powinniśmy zawsze nazywać myelozą lub limfadenozą (przemianą szpikową lub limfatyczną).

Co się tyczy t. zw. białaczki rzekomej, to Klejn nie zna ani jednego przypadku, w którymby rozpoznanie takie należało postawić. W tych zaś przypadkach, w których stanowczego rozpoznania podać nie możemy (najczęściej bywa to przy rozróżnianiu granulomatozy gruczołów od gruźlicy), należy, o ile nie zbadamy wyłuszczonego gruczołu, powiedzieć, że nie wiemy, z czem mamy do czynienia, zamiast podawać rozpoznanie nic nie mówiące białaczki wrzekomej. Na tej samej zasadzie obecnie nie rozpoznajemy jako odrębnej choroby żółtaczki, białkomoczu i t. d., a nawet kamienia żółciowego, zapalenia nerek, miedniczek, pęcherza i t. d. (Streszczenie prelegenta).

W dyskusyi brali udział koledzy: Przychodzki, Kelles-Krauz, Fidler, Szczepaniak i inni.

Kol. prezes dziękuje kol. Skłodowskiemu za przewodniczenie zebraniu oraz kol. Klejnowi za zajmujący i wspaniale opracowany odczyt.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Redakcyą »Przeglądu lekarskiego« kieruje na czas rekonwalescencyi redaktora głównego prof. Dr K. W. Majewski (ul. Dunajewskiego 6).

— Miejska Kasa oszczędności upamiętnia pięćdziesiątą rocznicę swego istnienia wspaniałym darem dla miasta Krakowa, mianowicie zakupuje za 600.000 koron las na Woli Justowskiej i Bielanach w obszarze 540 morgów i przeznacza go na wieczne czasy na cele parku ludowego. Znaczenie higieniczne tego daru nie wymaga tu objaśnienia. Niewiele miast w Europie rozporządza tak znaczną przestrzenią przepięknego lasu w doskonałem położeniu na wzgórzach i tak podatnym terenem dla wszelkich kolonii, półkolonii, stacyi i szkół leśnych, sanatoryów oraz dla stworzenia »miasta-ogrodu«.

— Nowe miejskie Zakłady sanitarne na Prądniku białym zostały ukończone kosztem 1,900.000 koron. Obok zakładu dezynfekcyjnego z pralnią, prasowalnią i cerowalnią, znajduje się tam obszerne, wzorowo urządzone laboratoryum bakteryologiczne, hala maszyn wraz z kuchnią, spiżarnią, piwnicą i t. d. Poza tem zakłady obejmują sanatoryum dla chorych na płonicę na 44 łóżek, oraz sanatoryum gruźlicze na 86 łóżek, składające się z baraków dekerowskich z centralnem ogrzewaniem, kanalizacyą, doprowadzeniem wody i gazu, z sali jadalnej wraz pokojami do pracy, wreszcie z dwu szerokich werand. W skład zakładów wchodzi jeszcze jeden barak dekerowski na 42 łóżka, który będzie służyć za zapasowy szpital epidemiczny i dwa małe baraki po 16 łóżek, przeniesione z ulicy Krakowskiej. Dla służby przeznaczone są dwa budynki z 2 mieszkaniami, składającemi się z 2 pokojów, kuchni, przedpokoju i łazienki. Mieszkań jednopokojowych jest 16. Zakonnice, pełniące służbę w zakładach, znajdą pomieszczenie w środkowem skrzydle t. zw. domu izolacyjnego, którego boczne skrzydła zawierać będą pokoje dla podejrzanych o zarażenie się chorobą zakaźną i kąpiele dla osób, które miały styczność z chorymi. Cały 13-morgowy teren zamieniono na ogród owocowowarzywny i dostosowano do potrzeb sanatoryum gruźliczego. Przyjmowani będą chorzy z otwartą formą gruźlicy, ale posiadający jeszcze pewną zdolność do pracy. Pod opieką lekarza i według wskazówek fachowego ogrodnika będą się zajmować ogrodnictwem. Będzie to zatem najnowszy typ kolonii robotniczej dla gruźliczych z otwartą formą choroby.

Miasto otrzymało w ten sposób obok instytutów, niezbędnych do racyonalnego zwalczania chorób zakaźnych, ostrych, a oddawna koniecznych, — także pierwszą lecznicę dla stałego pomieszczenia chorych na gruźlicę.

Uzyskanie wielkiej nowoczesnej instytucyi sanitarnej miejskiej jest zasługą naczelnego lekarza miasta, doc. Dr Tomasza Janiszewskiego, który od szeregu lat nie szczędził zabiegów w tym względzie i który też kierował opracowaniem planów, jak również czuwał nad całą budową, przeprowadzoną wśród trudnych warunków przez st. insp. budownictwa miejskiego, arch. Z. Nowickiego. Doc. Dr Janiszewski zapisał się tem dziełem trwale w rocznikach miasta i w rozwoju instytucyi sanitarnych w naszym kraju.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.